

Certificado de Seguro de Desgravamen con Devolución
Código SBS N° VI2027400232

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

 XXXX XXXX**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A.

RUC: 20382748566

Dirección: XXXX

Provincia: XXX

Departamento: XXX

Centro de Atención al Cliente: XXXX

Teléfono: XXXX

Página web: xxxx

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXXXXX

RUC: XXXXXXXXXXXX

Dirección: XXXXXXXXXXXX

Provincia: XXXX

Departamento: XXXX

Teléfono: XXXX

DATOS DEL CRÉDITO

Monto del crédito:

Moneda

 Nuevos Soles (S/) Dólares (US\$)

Plazo

N° Crédito:

Tipo Préstamo

 XXX XXX XXX

Tipo Amortización

 Mensual Trimestral Semestral Anual Único

Tasa de prima mensual

% (de acuerdo a lo establecido en el Cronograma de Pagos)

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo Doc. Identidad:

N° Doc. Identidad:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.) N° / Mz / Lt Dpto / Of. / Int.

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono Fijo:

Celular:

Correo electrónico:

Ocupación:

Relación con el Contratante:

Cliente del Contratante

DATOS DEL ASEGURADO MANCOMUNADO

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo Doc. Identidad:

N° Doc. Identidad:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Correo electrónico:

Ocupación:

Relación con el Asegurado:

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo Desgravamen	Moneda La misma pactada en el Contrato del Crédito
--------------------------------------	--

Fecha de inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas de la fecha de desembolso del crédito solicitado.
Fecha de término de vigencia: Hasta las 24:00 horas de la fecha de completado el pago del crédito solicitado.
Plazo de vigencia: Duración de plazo del crédito
Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente (s) titular(es) del crédito

PRIMA

Frecuencia: Mensual

Composición de prima:

Monto de Prima Comercial (incluido IGV) (*)	Calculado en base a la siguiente fórmula: <i>Tasa de prima mensual establecida en la hoja 2 del presente documento por el saldo insoluto del crédito reportado a la fecha de cobranza por el Contratante.</i> La prima mensual se encuentra detallada en el Cronograma de Pagos emitido por el Contratante.
--	--

(*) Los cargos de comercialización se establecerán de acuerdo a lo pactado entre La Compañía y el Contratante del seguro en las Condiciones Particulares. Para obtener mayor información, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o acceder al mismo a través de la página web www.interseguro.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Lugar y forma de pago: Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de crédito, conjuntamente con la cuota del crédito

RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	XXX	XXX	XXX	XXX (*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	XXX	XXX	XXX	
Sobrevivencia	XXX	XXX	XXX	XXX	

(*) XXX.

SUMAS ASEGURADAS MÁXIMAS

N° Póliza	Moneda de Póliza	Tipo de Póliza	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (%)
XXXXXX	XXX	XXX	XX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	XXX	XX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	XXX	XX,XXX	X.XX %
				...

La prima comercial total incluye:	Monto
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX%
En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto
Gastos de cobranza	XX

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Modalidad de pago de la devolución de primas: xxxxxxxxxxxx

Para Hipotecario:

Año de vigencia**	Porcentaje de devolución
2	X%*
...	...
XX	X%*

Para los otros créditos:

Año de vigencia**	Porcentaje de devolución
2	X%*
...	...
XX	X%*

(*) Del valor total, sin impuestos si fuere el caso, de las primas pagadas por todas las coberturas contratadas hasta la fecha y en caso de sobrevivencia del asegurado, según lo establecido en el Artículo N° 2 del Condicionado General.

(**) Es el año de vigencia de la póliza cumplido y pagado.

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito líneas abajo.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos la pérdida total de: la vista de ambos ojos, o ambas manos, o ambos pies, o de una mano y de un pie, o una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o un pie y la pérdida de la vista de un ojo, la enajenación mental incurable. Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias, o las normas para la determinación de la invalidez aplicables al Certificado de Invalidez del Instituto Nacional de Rehabilitación o al Certificado de Incapacidad emitido por Comisión Médica del ESSALUD o MINSA.

En caso la Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por especialistas médicos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma. De requerir la Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Se encuentra bajo esta cobertura la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

Sobrevivencia: Al término del periodo de pago de prima o de la vigencia del seguro, y si el Asegurado hubiere sobrevivido, el Contratante o el Asegurado, ya sea que se trate de un seguro colectivo o individual, tendrá derecho a solicitar a La Compañía la devolución de un porcentaje del valor total de las primas pagadas. Sin perjuicio de la modalidad de pago elegida, se realizará la devolución dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la presentación de la solicitud de devolución. De dicho valor se deducirán las deudas relacionadas a este seguro que se tuvieran con La Compañía. El porcentaje aplicado y la modalidad de pago por concepto de devolución de primas se encuentran especificados en el presente documento. La devolución es excluyente del pago del beneficio de las coberturas contratadas. La presente Póliza adquiere fuerza legal, respecto del Contratante, desde las cero (00:00) horas del día de inicio de la cobertura hasta las veinticuatro horas (24:00) del día de término de la cobertura.

DEVOLUCIÓN ANTICIPADA: Una vez transcurridos dos (2) años de vigencia del Certificado, el Asegurado puede optar por adelantar la devolución. En dicho supuesto, se dará por terminada la cobertura de Sobrevivencia, manteniéndose la póliza con las coberturas de fallecimiento y de invalidez total y permanente. Por otro lado, La Compañía aplicará la devolución anticipada en caso de resolución del contrato por incumplimiento de pago de prima o de resolución contractual del certificado de seguro o la terminación anticipada del crédito, una vez transcurrido el plazo anteriormente indicado.

En ambos casos, de dicho valor se deducirán las deudas relacionadas a este seguro que se tuvieran con La Compañía. El porcentaje de la Devolución Anticipada correspondiente a cada año de vigencia cumplido y pagado se indica en el presente Certificado y será entregado al Contratante o Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde la presentación de la solicitud. Cabe precisar que, ante la terminación anticipada del crédito, se deberá informar al Asegurado sobre el procedimiento para la devolución de la prima no devengada, además de comunicarle su derecho a realizar la devolución correspondiente.

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato la Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de 45 días puedan analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante deberá ser previa y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante, con la finalidad de poner dicha información en conocimiento de los asegurados.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado, y deberá realizarse en el plazo señalado en el Certificado del Seguro, hasta el término del período convenido. El cálculo de la prima, y su forma de pago se establecen en el presente documento y podrán ser modificadas de acuerdo con el Artículo N°5 de las Condiciones Generales. La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas. El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. En caso de seguro grupal, La Compañía informará a su vez al Asegurado. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. No obstante, lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Contratante al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de:

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
4. Participación activa en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, streetluge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
5. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
6. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
7. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

8. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que éste haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
9. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
10. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
11. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
12. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO: El Certificado quedará resuelto con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a) Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13 de las Condiciones Generales.
- b) Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8 de las Condiciones Generales.
- c) Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 16 de las Condiciones Generales.
- d) En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo 30 días posteriores a los 10 días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.
- e) Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Se considerará que el contrato ha sido resuelto en la fecha de notificación de la comunicación de resolución. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. En los demás casos mencionados, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada. La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, este plazo se comienza a computar a partir de la recepción de la solicitud de resolución. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante. En caso de seguro colectivo, el Contratante a su vez trasladará el monto por concepto de devolución de prima al Asegurado. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para solicitar la cobertura del siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente:

- Original o copia certificada de la partida o Acta de Defunción del Asegurado, a ser solicitado ante el RENIEC.
- Original o copia certificada del certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo emitido por el médico, Hospital o Clínica que certificó el deceso.

En caso de accidente, presentar adicionalmente el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP.
- Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.
- Resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público y,
- Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.

- Original o copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda.
- Original o copia certificada del dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSA.
- Original o copia certificada del atestado policial, cuando corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía podrá requerir al Asegurado en un plazo de veinte (20) días desde los treinta (30) días de presentada la documentación completa, un examen realizado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía procederá a la suspensión del plazo para consentir el siniestro de conformidad con el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

Finalizada la vigencia de la póliza y en caso de Sobrevivencia, el Asegurado deberá presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador una copia simple de su Documento Nacional de Identidad del Asegurado.

Sin perjuicio de la modalidad de pago elegida, se realizará la devolución dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la presentación de su solicitud.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento accidental, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

CANALES DE ORIENTACION PARA EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

Para solicitar información sobre el procedimiento de solicitud de cobertura podrá hacerlo a través de nuestros de Centros de Atención al cliente.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Los requerimientos y reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al Asegurado en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, a través del medio acordado.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias son:

- Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).
- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.
- El pacto de la vía arbitral por acuerdo entre las partes es válido luego de producido el siniestro y siempre que supere los límites fijados por la SBS.
- A través de un Arbitraje de Consumo, en caso de aceptación por parte de La Compañía y de conformidad con lo regulado por INDECOPI.

- **Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.**

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15 días calendario**, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado. En caso contrario, La Compañía quedará liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a La Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza de seguro, la cual el Asegurado declara haber recibido.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- El Asegurado declara que ha sido debidamente informado de que La Compañía no autoriza a su personal o personal alguno del Contratante/Comercializador del seguro a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, y que el único medio válido de pago es el indicado en este documento. Por tal motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Asegurado.
- El Contratante e Interseguro acuerdan que la entrega de su póliza, así como toda comunicación futura relacionada con ella será enviada al correo electrónico declarado en el presente certificado.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, y su Reglamento, Decreto Supremo 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en XXXXX, informa sobre los alcances del tratamiento¹ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted, como Asegurado y Asegurado Mancomunado de ser el caso, otorga a Interseguro su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato.

Interseguro podrá transferir a nivel nacional² e internacional³ los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

¹ La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

² XXXX

³ XXXX

TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, como Asegurado o Asegurado Mancomunado, según corresponda y dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico – Intercorp⁴, y para que Interseguro y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

Asegurado		Asegurado Mancomunado	
Sí acepto	No acepto	Sí acepto	No acepto

Para el Tratamiento Necesario y el Tratamiento Opcional:

Interseguro le informa que usted puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, mediante el envío de una comunicación a servicios@interseguro.com.pe o en la Av. Paseo de la Republica 3071, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia del DNI del representante legal y del título que acredite la representación.

n; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, incluyendo la Declaración Personal de Salud, se suscribe la presente a los de del 20.....

Firma del Asegurado Titular	Firma de Representante de La Compañía
Firma del Asegurado Mancomunado (***)	Lugar y fecha

(*) Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.

(**) Se entiende como Código de Conducta a aquel que establece las normas internas para la protección de datos personales en los casos de transferencias de datos entre empresas de un mismo grupo empresarial, sociedades subsidiarias afiliadas o vinculadas.

(***) Sólo en caso aplique